



Académie des Sacrés-Cœurs
1575 Chemin des Vingt
St-Bruno (Québec) J3V 4P6
Tél. (450) 653-3681
Télec. (450) 653-0816

Réservé
à la
direction

PROFIL DE L'ENFANT Petite enfance 4 ans Demande d'admission

Le présent questionnaire vise à nous permettre de mieux connaître votre enfant et à faciliter son intégration au sein du groupe des 4 ans. Merci de nous exposer la réalité de manière juste et pertinente.

Nom complet de l'enfant : _____ Date de naissance : _____
Jr / Mo / An

Âge de l'enfant lors de la journée d'observation: _____
année / mois

Père / Mère / Tuteur

Mère / Père / Tuteur

Nom : _____
Adresse : _____
Code postal : _____
résidence : _____
travail : _____
Cellulaire : _____
Courriel : _____

| Frères | Sœurs | Milieu de garde / École fréquentée | Âge |
|--------|-------|------------------------------------|-----|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Votre enfant fréquente-t-il un milieu de garde? Oui Non

Si oui, joindre une photocopie du carnet d'observation de la garderie.

De quel type de garde s'agit-il? (garderie, milieu familial, ...) _____

Quel est le ratio par adulte? 0 à 5 enfants 5 à 10 enfants 10 enfants et plus

Quel est le temps de présence de votre enfant dans ce milieu de garde (jours par semaine)? _____

* Nom du responsable du milieu de garde avec qui nous pouvons communiquer _____

Téléphone _____

Quelle est la langue parlée à la maison?: _____

Décrivez en quelques lignes les caractéristiques qui ressortent dans le comportement et la personnalité de votre enfant ?

Forces : _____

Défis à relever : _____

Quelle est sa main dominante? Droite Gauche

Doit-il (elle) prendre des médicaments de façon régulière ? Si oui, lesquels ? _____

Souffre-t-il (elle) d'un handicap particulier ? _____

Est-ce que votre enfant a déjà été suivi par un des spécialistes suivants : _____ Si oui, lesquels en mentionnant la durée de l'accompagnement et la fréquence des rencontres:

ergothérapeute orthophoniste psychologue autre ? _____

Présentement, est-ce qu'il (elle) est suivi par un des spécialistes suivants : _____ si oui, lesquels :

audiologiste ergothérapeute orthophoniste psychoéducateur psychologue autre ? _____
Fréquence des rencontres : _____

Est-ce que le vécu de votre enfant (événement / condition de santé, etc.) pourrait influencer un cheminement scolaire régulier?

Comment envisage-t-il (elle) sa rentrée à l'Académie ?

Quelles sont les principales raisons qui vous incitent à faire une demande d'inscription à l'Académie des Sacrés-Cœurs ?

Autres commentaires pouvant être utiles pour nous aider à mieux connaître votre enfant.


Comme parents, quelles sont vos attentes face à l'Académie ?

Êtes-vous un(e) ancien(ne) élève de l'Académie? _____

Communication

Je, soussigné, autorise la direction de l'Académie des Sacrés-Cœurs à communiquer avec le milieu de garde actuel de mon enfant, s'il y a lieu.

Nom de la ou des personne(s) avec qui nous pouvons communiquer :

 : _____

 : _____

Signature du parent : _____ Date : _____

Merci de votre collaboration.

Signature : _____ Date : _____

Lien avec l'enfant : _____